

委任状兼同意書

私は、ひとり親家庭医療費助成制度窓口無料（現物給付）化の円滑な実施のため、平成20年4月診療分から私のひとり親家庭医療費に係る以下の事柄について、助成金の支払者である上野原市長に委任します。

- (1) 私の加入する医療保険における私に係る高額療養費の受領に関すること。
- (2) 高額介護合算療養費（医療分）の受領に関すること。

また、以下の事柄について同意します。

- (1) 上記の委任により受給した高額療養費等については、上野原市がすでに医療機関等に支払った私の当該医療に係る医療費に充当すること。
- (2) 助成金の支給のために必要なときは、上野原市長が審査支払機関及び私の加入する医療保険機関と、私の受給資格及び医療費に関する情報を交換すること。

上野原市長 様	令和	年	月	日
世帯主氏名 _____				
受給者氏名 _____				
住所 _____				

※上記の委任・同意をいただけない場合、従来どおり医療機関の窓口で医療費をお支払いいただき、後日上野原市役所に請求をしていただく「償還払い」の扱いとなります。